

Adnotacje urzędowe:
(pieczęć organu z datą wpływu podania)

Numer sprawy: MZON.4030.D-...../...

Poprzedni numer sprawy: MZON.....

☐ sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość

☐ sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN

☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

UWAGI:.....

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osób poniżej 16 roku życia)

Jako przedstawiciel ustawowy¹ dziecka wnoszę o wydanie w stosunku do niego: orzeczenia o niepełnosprawności (proszę wstawić wyłącznie JEDEN „X” w odpowiednie miejsce):

Po raz pierwszy	
W związku ze zmianą stanu zdrowia - (dotyczy dzieci posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się - poprzez przedstawiciela ustawowego - o jego zmianę)	
Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności (których ważność orzeczenia upływie w ciągu najbliższych 3 miesięcy [UWAGA - WNIOSEK MOŻE ZOSTAĆ ZŁOŻONY NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 3 MIESIĄCE PRZED UPLYWEM WAŻNOŚCI POSIADANEGO OSTATECZNEGO I PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA])	
Składano wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – dziecko nie zostało zaliczone do osób niepełnosprawnych	
Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1251, z późn. zm.; dalej: Prawo o ruchu drogowym) - (dotyczy dzieci, które na podstawie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przed dniem 1 lipca 2014 r. utraciły dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej)	

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo²:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³: .../.../-.../.../.../.....

Adres miejsca pobytu⁴: .../.../-.../.../.../.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵: data ważności:

PESEL: .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo²:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³: .../.../-.../.../.../.....

Adres miejsca pobytu⁴: .../.../-.../.../.../.....

Adres do korespondencji⁶: .../.../-.../.../.../.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵: data ważności:

PESEL: .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ Nr telefonu⁷:

☐ Posiadam / ☐ nie posiadam pełni praw rodzicielskich.

¹ Umocowanie do działania w imieniu dziecka posiada - zgodnie z art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy – rodzic. Umocowanie do działania w imieniu dziecka może wynikać również z orzeczenia sądu;

² Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;

³ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania (art. 25 ust.1 Ustawy o ewidencji ludności)

⁴ Adres miejsca pobytu należy wypełnić wyłącznie w przypadku osób (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając jeden znak: „X” w polu: ☐):

1) ☐ bezdomnych,

2) ☐ przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,

3) ☐ przebywających w zakładach karnych i poprawczych,

4) ☐ przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

⁵ Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty / paszport/legitymacja szkolna/akt urodzenia dziecka

⁶ W przypadku zbieżności z adresem miejsca stałego pobytu / miejsca pobytu – wpisać: jak wyżej;

⁷ Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu niniejszego organu - do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności. Natomiast brak jego podania skutkuje ograniczeniem tej formy komunikacji.

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo²:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³: / / / / /

Adres miejsca pobytu⁴: / / / / /

Adres do korespondencji⁸: / / / / /

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵: data ważności:

PESEL: / / / / / / / / / / Nr telefonu⁹:

☐ Posiadam / ☐ nie posiadam pełni praw rodzicielskich.

DO MIEJSKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MYSŁOWICACH

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do dziecka orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

1.		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2.		Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3.		Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
4.		Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
5.		Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
6.		Zamieszkania w oddzielnym pokoju (dodatek mieszkaniowy)
7.		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 Prawo o ruchu drogowym
8.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wpisać jakie):

CEL PODSTAWOWY (WYŁĄCZNIE JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH): cel numer (od 1 do 8):

SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA (właściwe miejsca zaznaczyć stawiając w polu: ☐ znak: „☒”):

Dziecko:

- ☐ nie uczęszcza / ☐ uczęszcza w wymiarze godzin tygodniowo do przedszkola:
 - ☐ ogólnodostępnego,
 - ☐ integracyjnego,
 - ☐ specjalnego.
- ☐ nie uczęszcza / ☐ uczęszcza w wymiarze godzin tygodniowo, do klasy (od I do VIII) szkoły podstawowej:
 - ☐ ogólnodostępnej,
 - ☐ integracyjnej,
 - ☐ specjalnej.
- ☐ nie korzysta / ☐ korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin tygodniowo;
- ☐ nie korzysta / ☐ korzysta ze świetlicy szkolnej;
- ☐ nie korzysta / ☐ korzysta ze stołówki szkolnej.

ZAKRES OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM (właściwe miejsca zaznaczyć stawiając w polu: ☐ znak: „☒”)

1. Dziecko:

- ☐ jest leżące;
- ☐ porusza się: ☐ samodzielnie / ☐ o kulach / ☐ na wózku inwalidzkim / ☐ z pomocą drugiej osoby;

2. Dziecko przyjmuje pokarmy:

- ☐ samodzielnie;

⁸ W przypadku zbieżności z adresem miejsca stałego pobytu / miejsca pobytu – wpisać: jak wyżej;

⁹ Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu niniejszego organu - do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności. Natomiast brak jego podania skutkuje ograniczeniem tej formy komunikacji.

- b) ☐ jest karmione przez drugą osobę;
- c) ☐ wymaga stosowania specjalnej diety(jakiej):

3. Rodzaj ograniczenia innych czynności u dziecka (np.: mycie się / ubieranie / załatwianie czynności fizjologicznych):

4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych u dziecka w ciągu dnia:

5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych u dziecka w domu i poza domem:

6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu/poza domem, w tygodniu/w miesiącu.....

OŚWIADCZAM, ŻE (W przypadku pola: ☐ - właściwe zaznaczyć stawiając w polu znak: ☒):

- ☐ Dziecko może / ☐ nie może przybyć (wraz z opiekunem) na posiedzenie składu orzekającego (W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby dziecka).
- Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach zawiadamia w formie pisemnej o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
- Zobowiązuje się powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691 z późn. zm.; zwanej dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.**
- Dane zawarte we wniosku w sprawie o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

OBOWIAZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych klientów jest:
 - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora MOPS w Mysłowicach,
 - Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy ul. Brzezińskiej 21, 41-400 Mysłowice - tylko w przypadku spraw związanych z MZON, reprezentowany przez Przewodniczącego Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach.
- W MOPS/MZON w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych – Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: iodo@mops-myslowice.pl
- Dane osobowe przetwarzane będą w związku z prowadzeniem postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności w oparciu o przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U z 2026, poz.884 z późn.zm).
- Przetwarzamy Państwa dane w zakresie adresu poczty elektronicznej oraz innych danych podanych przez Państwa w wiadomościach przesyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- Dane osobowe przekazywane będą wyłącznie organom lub podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych osobowych.
- Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz podmiotom świadczącym usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m.in. ePUAP oraz dostawcy publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (RDE).
- Dane osobowe będą przekazywane również podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi MOPS w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych: Członkom Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach.
Podmiot przetwarzający może przetwarzać dane jedynie na polecenie administratora i w zakresie określonym w umowie.
- Przechowujemy Państwa dane przez czas niezbędny do realizacji celu przetwarzania, nie dłużej niż jest to określone kategorią archiwalną dokumentów, która jest ustalana przez Archiwum Państwowe na podstawie ustawy o narodowym zasobie archiwalnym: 50 lat- co wynika z art. 2b ustawy o rehabilitacji.
- Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS/MZON w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS/MZON w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka¹⁰

¹⁰ W przypadku niemożności złożenia podpisu – pracownik przyjmujący wniosek pisze informację dotyczącą przyczyny niezłożenia podpisu.

**DO WNIOSKU W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOŁĄCZYĆ
NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko, **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 3 MIESIĄCE PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU.**
 2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (np.: historia zdrowia i choroby dziecka / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (*kserokopie / skany*) lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku dostarczenia niewierzytelnionych kopii – należy przedstawić (*do wglądu*) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem.
 3. **INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (np.: opinie wychowawców / orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych).
-
4. **W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ** – należy załączyć pisemną zgodę lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
 5. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie.
 6. **W PRZYPADKU SKŁADANIA WNIOSKU W IMIENIU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO WSKAZANEGO WE WNIOSKU NALEŻY PRZEDSTAWIĆ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY JEGO TOŻSAMOŚĆ (dowód osobisty, paszport).**

GODZINY PRZYJMOWANIA PODAŃ
(*ul.Brzezińska 21,41-400 Mysłowice*)

**Numer telefonu Miejskiego Zespołu do Spraw
Orzekania
o Niepełnosprawności w Mysłowicach**

PONIEDZIAŁEK	8:00 - 16:00
WTOREK	8:00 - 14:00
ŚRODA	8:00 - 14:00
CZWARTEK	8:00 - 14:00
PIĄTEK	8:00 -13:00

(32) 223 85 85 , 797 065 407

W CZASIE TRWANIA KOMISJI WNIOSKÓW NIE PRZYJMUJEMY